

MODULO PER L'ISCRIZIONE ALLA SIF "SOCIO JUNIOR"

Requisiti per poter diventare "socio junior":

- laurea magistrale non antecedente al 01 gennaio 2018 (**Allegare breve cv e certificato laurea magistrale**);
- essere presentati da 2 soci ordinari iscritti alla SIF da almeno 10 anni;
- lavorare in istituzioni di farmacologia;
- essere under 38 anni.

I "soci junior" versano una quota associativa forfettaria di € 40,00 valida per tre anni (entro tre mesi dalla comunicazione della segreteria SIF, pena la decadenza).

I soci junior decadono allo scadere del terzo anno dal momento dell'iscrizione (ratifica in assemblea).

1. COGNOME _____ NOME _____
DATA E LUOGO DI NASCITA _____ CODICE FISCALE _____
RESIDENZA (VIA, CAP, CITTÀ) _____
2. LAUREA IN _____ DATA _____ VOTO _____
TITOLO DELLA TESI _____
MASTER _____
SPECIALIZZAZIONE _____
ISCRITTO ALL'ORDINE _____
3. ISTITUZIONE DI APPARTENENZA _____
INDIRIZZO _____ CAP _____ CITTÀ _____
CELLULARE _____ TEL. _____ E-MAIL _____
4. RUOLO SVOLTO ALL'INTERNO DELL'ISTITUZIONE DI APPARTENENZA
Dottorando ☐
Specializzando ☐
Ricercatore in formazione ☐
Altro _____
5. SETTORE SCIENTIFICO DI INTERESSE FARMACOLOGICO: _____
6. EVENTUALE APPARTENENZA AD ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE NAZIONALI ED INTERNAZIONALI

7. SPECIALIZZAZIONI POST-LAUREA _____
8. EVENTUALE PERMANENZA PRESSO LABORATORI DIVERSI DA QUELLO DI APPARTENENZA

9. PARTECIPAZIONE A CORSI DI AGGIORNAMENTO E QUALIFICAZIONE NEL SETTORE DELLE SCIENZE FARMACOLOGICHE

10. SEZIONE DI FARMACOLOGIA CLINICA DELLA SIF "GIAMPAOLO VELO"
Desidero aderire alla Sezione di Farmacologia Clinica della SIF "Giampaolo Velo": SÌ ☐ NO ☐
Per aderire alla Sezione di Farmacologia Clinica è obbligatorio compilare il modulo al seguente link: https://sif-website.s3.amazonaws.com/uploads/attachment/file/610/Modulo_Adesione_Sezione_Farmacologia_Clinica.pdf
11. COGNOME, NOME E FIRMA AUTOGRAFA DI 2 SOCI EFFETTIVI ISCRITTI ALLA SIF DA ALMENO 10 ANNI CHE SPONSORIZZANO LA CANDIDATURA
COGNOME _____ NOME _____ FIRMA _____
COGNOME _____ NOME _____ FIRMA _____
12. FIRMA DEL RICHIEDENTE _____

La Società Italiana di Farmacologia dichiara che i dati personali comunicati dall'utente sono trattati in conformità alle disposizioni del D. Lgs. 196/2003, così come modificato dal D. Lgs. 101/2018, ed alla normativa comunitaria (Regolamento UE 2016/679) secondo quanto indicato specificamente nell'informativa privacy reperibile sul sito internet della Società all'indirizzo: https://sif-website.s3.amazonaws.com/uploads/attachment/file/240/Informativa_Privacy_SIF_Generica.pdf che l'utente, con la sottoscrizione del presente Contratto, dichiara di aver compiutamente visionato, compreso e accettato.

Data _____

Firma _____

DA COMPILARE A PC E RESTITUIRE VIA E-MAIL O TRAMITE POSTA A: SEGRETERIA ORGANIZZATIVA SIF – VIA GIOVANNI PASCOLI, 3 – 20129 MILANO – TEL. 02-29520311 – E-MAIL: Muriel.Bertomoro@sifweb.org